

A NEM TELJESEN CSELEKVŐKÉPES SZEMÉLYEK JOGAI: RUGALMASABB SZABÁLYOZÁS FELÉ

A Polgári törvénykönyv átfogó korszerűsítésekor a cselekvőképességre és a gondnokságra vonatkozó szabályozás felülvizsgálata kitüntetett feladatként szerepel: a Ptk. II. fejezetének módosításáról készült tervezet várhatóan már az ősszel az Országgyűlés elé kerül. A soronkívüliséget a hatályos szabályozásban rejlő problémák sokasága¹ indokolja, az elkülönített felülvizsgálatot pedig az teszi lehetővé, hogy ez a fejezet a Ptk. többi részétől többé-kevésbé független, módosítása a vagyoni jogi fejezetek érintése nélkül elvégezhető.

A cselekvőképességre vonatkozó szabályozás a polgári jog klasszikus területe: a korlátozott cselekvőképesség és a cselekvőképtelenség definíciója, esetei, az ezekben az esetekben megtehető jognyilatkozatok körének rögzítése a polgári törvénykönyvek személyi részének szabályozási körébe tartozik. Ugyanakkor a cselekvőképtelenség vagy a korlátozott cselekvőképesség jogkövetkezményeinek intézményes megjelenítése – a gondnokság alá helyezés – már erősen közjogi szabályozás. A gondnoksággal kapcsolatos teendők megoszlanak a bíróságok és az erre a célra létrehozott közigazgatási szervezetrendszer, vagyis a gyámhivatalok között, de a hatályos jogban a *közigazgatási túlsúly* egyértelműen megállapítható: a cselekvőképesség, a gondnokság alá helyezés szükségességének és a gondnokság megszüntetésének kérdésében a bíróság dönt, azonban ezen túlmenően minden teendőt a gyámhivatal végez. A gyámhivatal választja ki a gondnok személyét, a gondnok neki tartozik elszámolni a gondnokolt vagyonával, a nagyobb horderejű döntésekhez a gyámhatóság hozzájárulását kell beszerezni stb. A cselekvőképtelenség, illetve a korlátozottan cselekvőképesség jogkövetkezményeit (közszolgálati, közalkalmazotti jogviszony létesítése, tisztségek viselése, választójog, egészségügyi döntések meghozatala stb.) nagyszámú közjogi jogszabály vonja le, így a Ptk. módosítása ezekre is kihat.

A nyugat-európai országokban a hatvanas évektől kezdve indult meg a cselekvőképességre és a gondnokságra vonatkozó szabályozás felülvizsgálata². Az addigi szabályozást – hasonlóan a mi hatályos megoldásunkhoz – elsősorban a rugalmatlanság jellemezte, valamint az, hogy a gondnokság alá helyezés az érintett rendelkezési jogának az élet minden területén történő megvonásával járt. A változtatást alapvetően

két tényező motiválta. Egyrészt a második világháború után a jogi gondolkodásban is előtérbe került az emberi jogok védelme, így egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az *arányosság követelményét* ezen a téren is érvényesíteni kell: a gondnokoltat csak annyiban szabad jogaitól megfosztani, amennyiben azt állapota feltétlenül szükségessé teszi. A túlzott, szükségtelen mértékű beavatkozás elkerülése érdekében pedig rugalmas szabályrendszerre van szükség.

A másik, az újraszabályozást talán még inkább ösztönző tényező az *egészségügyi kezeléssel kapcsolatos döntések* egyre nagyobb súlya, és az ezzel kapcsolatban a mindennapok során felmerülő problémák halmaza volt. A cselekvőképesség fogalmát elsősorban az érvényes vagyoni jogi nyilatkozatok megtétele feltételeként alkották meg, és a gondnokság jogintézménye is eredendően nem a személyes gondoskodást, hanem a vagyon feletti rendelkezési jog megvonását, illetve korlátozását célozta. Az egészségügyi ellátórendszer átalakulásával, az orvosi ellátás fejlődésével azonban egyre nagyobb jogi jelentőségre tettek szert azok a nem vagyoni jogi jellegű jognyilatkozatok, amelyek a gyógykezelésbe, vagy a pszichiátriai intézeti elhelyezésbe való beleegyezésre vonatkoznak. Ezekkel a jognyilatkozatokkal kapcsolatosan a vagyoni jogi jognyilatkozatokra kidolgozott cselekvőképesség fogalmának alkalmazása több ok miatt is meglehetősen problémásnak bizonyult. Ezek a jognyilatkozatok alapvetően különböznek vagyoni jogi jognyilatkozatoktól: először is, itt az érvénytelenség legfontosabb szankciójának megvalósítására, az eredeti állapot helyreállítására szinte soha nincsen lehetőség (egy elvégzett orvosi beavatkozást nem lehet „meg nem történtté” tenni). Ezen túlmenően, míg a vagyoni jogi jognyilatkozatokkal kapcsolatban a cselekvőképesség kérdése viszonylag ritkán merül fel, addig az egészségügyi ellátásnál ez értelemszerűen mindennapos probléma, és ebben az esetben a cselekvőképességet és annak változásait a jogban járattan egészségügyi személyzetnek kell naponta értékelnie, és a lehetséges jogkövetkezményeket alkalmaznia. Az újabban kodifikált polgári törvénykönyvek részletes szabályozást próbálnak adni erre a problémára, meglehetősen eltérő végeredménnyel: a nem cselekvőképes beteg helyett a franciák az orvosnak, a németek a bíróságnak, a hollandok a törvényes képviselőnek adják a döntés jogát.

A nyugat-európai országok közül számos fogadott el új szabályozást (például: Németország, Hollandia), és több államban hosszú évek óta napirenden van a változtatás, több törvényjavaslat is készült, azonban elfogadásuk még nem történt meg (Ausztria, Egyesült Királyság). A hatályba lépett szabályozások közül a német polgári törvénykönyv (BGB) 1992. évi módosításának számos eleme nagyon tanulságos lehet a magyar jog átalakítása szempontjából, hiszen a kiindulópont nagyon hasonló volt a miénkéhez, és az új rendszer többéves működése alatt már elegendő tapasztalat gyűlt össze annak értékelésére is. Bár a magánjogon belül a családjogi szabályozás jogharmonizációja a legkevésbé valószínű, nemzetközi szervezet is foglalkozott a cselekvőképesség gondokosság kérdéseivel: az Európa Tanács kidolgozott egy ajánlást a belátási képességgel nem rendelkező felnőttek jogi védelmének alapelveiről⁵. Az ajánlás nagyon részletesen és igényesen elkészített dokumentum, amely sok, a magyar szabályozás szempontjából problémás kérdésben tartalmaz megfontolandó megoldási javaslatot.

Azokban az országokban, ahol halogatják a reformot, ennek rendszerint politikai természetű oka is van. A kérdés szabályozása során ugyanis – a fentiek értelmében – nem kerülhető meg a gyógykezelésbe történő beleegyezés, és így értelemszerűen a kezelés (ideértve az életmentő, életfenntartó kezelést is) visszautasításának problémája. Többek között olyan kérdésekről is dönteni kell, hogy lehetséges-e kiskorú vagy gondnokság alatt álló személyek esetében a törvényes képviselő kérelmére művi meddővé tételt végezni, vagy hogy a törvényes képviselő beleegyezhet-e a gyógykezelés abbahagyásába a gyógyíthatatlan, súlyos betegségben szenvedő gyermek esetében. Így a cselekvőképesség és a gondnokság újraszabályozása szükségszerűen megnyitja az eutanázia-vitákat is, amelyek során rendszerint kibékíthetetlen ellentétek keletkeznek.

Az alábbiakban két területre összpontosítunk: a Ptk. és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (egészségügyi törvény) rendelkezéseit elemezzük, felvetve a hatályos szabályozásban rejlő problémákat és a megoldási lehetőségeket. A Ptk.-val kapcsolatosan azonban nem tekintjük át a teljes szabályozási kört (gondnokság határozott időtartamra történő elrendelése, a gondnok személyének kiválasztása, többes gondnokrendelés lehetősége, gondnok elszámolására vonatkozó szabályok változása), hanem csak a kulcskérdésre, a gondnokolt és törvényes képviselő jognyilatkozat-tételi jogára koncentrálnak, kizárólag a gondnokság alá helyezés miatt korlátozottan cselekvőképes személyek esetében. Mivel a gondnokságra, gondokosság alá helyezésre vonatkozó jogi szabályozás átfogó felülvizsgálatának koncepciójáról és sza-

bályozási téziseiről szóló 2013/2000. (II. 2.) Korm. határozat a Ptk. módosításának alapvető irányait kijelölte, ezen a területen már az átalakítás főbb irányairól lehet beszámolni. A Ptk. módosítása nyomán az egészségügyi jogban is változtatásokra lesz szükség, ezzel kapcsolatban a szerző saját elképzeléseit vázolhatja fel, szem előtt tartva azt is, hogy az Alkotmánybíróság előtt több olyan beadvány is van, amely az egészségügyi törvénynek éppen ezekkel a rendelkezéseivel kapcsolatban vet fel alkotmányossági aggályokat. A külföldi példák közül elsősorban a német szabályozásra és az Európa Tanács ajánlására támaszkodunk.

A HATÁLYOS SZABÁLYOZÁS PROBLÉMÁI

A Polgári törvénykönyv rendelkezései

A hatályos Ptk.-nak a gondokosságra vonatkozó szabályozását a *rugalmatlanság* jellemzi. Ez abban is megnyilvánul, hogy a bíróság mozgástere pusztán annak meghatározására korlátozódik, hogy az alperes cselekvőképessége korlátozott-e vagy teljes egészében hiányzik. Ha a két fokozat között megtörtént a választás, akkor a továbbiakban már a törvény határozza meg, hogy mely jognyilatkozatokat tehet meg a gondnokolt önállóan, melyeket a törvényes képviselő, mikor szükséges a gyámhivatal hozzájárulása, és melyek azok a jognyilatkozatok, amelyeket a gondnokolt egyáltalán nem tehet meg. Egyéniesítésre, az érintett jogainak csak a szükséges területen történő korlátozására nincs lehetőség. Ebből következően olyan esetekben, amikor elegendő lenne a gondnokoltat például csak a nagyobb vagyoni jogi döntések meghozatalában korlátozni, a gondnokság alá helyezéssel az érintett az élet szinte minden területén elveszti jognyilatkozat tételi képességét.

Ugyanakkor a cselekvőképességet kizáró, illetve korlátozó gondnokság alá helyezés jogkövetkezményei között lényegében nagyon csekély a különbség. A cselekvőképtelen személy jognyilatkozata semmis, helyette törvényes képviselője jár el. A cselekvőképtelen egyetlen jognyilatkozatot tehet meg önállóan: megkötheti azokat a mindennapi életben tömegesen előforduló, csekély jelentőségű szerződéseket, amelyek különösebb megfontolást nem igényelnek.

A korlátozottan cselekvőképes személy esetében a főszabály az, hogy jognyilatkozatának érvényességéhez törvényes képviselője beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása szükséges. Tehát ha a törvényes képviselő nem hagyja jóvá a jognyilatkozatot, akkor az érvénytelen. A Ptk. 14.§ (4) bekezdése lehetővé

teszi a törvényes képviselő számára, hogy az előzetes beleegyezés vagy utólagos jóváhagyás helyett önállóan tegyen jognyilatkozatot a korlátozottan cselekvőképese személy nevében. Ez a két szabály gyakorlatilag azt eredményezi, hogy a korlátozottan cselekvőképese személy esetében is – ugyanúgy, mint a cselekvőképtelen esetében – az esetek döntő többségében a törvényes képviselő tesz jognyilatkozatot, anélkül, hogy az érintett jognyilatkozatának jogi relevanciája volna. Négy területen van csak lehetősége a korlátozottan cselekvőképese személynek önállóan jognyilatkozatot tenni: szabadon rendelkezik munkával szerzett keresményével, tehet olyan személyes jellegű jognyilatkozatokat, amelyre jogszabály feljogosítja (házasságkötés, közvégrendelet), megkötheti azokat a szerződéseket, amelyekkel kizárólag előnyt szerez, valamint azokat a kisebb jelentőségű szerződéseket is, amelyek a mindennapi élet szokásos szükségleteinek fedezése körébe tartoznak. Számos alapvető jognyilatkozat azonban nem tartozik ebbe a körbe, tehát ezekben a kérdésekben a törvényes képviselő ugyanúgy dönthet az érintett személy helyett, mintha az cselekvőképtelen volna. Ezek közé tartozik például a tartózkodási hely meghatározása⁴, lakásbérleti szerződéssel összefüggő jognyilatkozatok megtétele, kórházi felvétel, gyógykezelésbe történő beleegyezés, a munkával szerzett keresményt nem jelentősen meghaladó vagyoni jogi ügyletek, a korlátozottan cselekvőképese személy megtakarított pénzével kapcsolatos döntések.

Az Európa Tanács ajánlása hangsúlyosan állást foglal amellett, hogy kellően rugalmas jogszabályi környezetre van szükség az érintett jogainak korlátozása tekintetében. Így a második alapelv leszögezi, hogy az érintett személy személyes vagy gazdasági érdekeinek védelmét szolgáló intézkedéseknek kielégítően rugalmasaknak kell lenniük ahhoz, hogy a belátási képesség különböző fokozatainak és az eltérő helyzeteknek megfelelő választ tegyenek lehetővé. Az ajánlás harmadik alapelve, hogy az egyén döntési képességét a lehető legnagyobb mértékben biztosítani kell. Ennek keretében „a jogi környezetnek, amennyire lehetséges, figyelembe kel vennie, hogy a belátási képességnek különböző fokozatai vannak, és ezek időben változhatnak. Ennek megfelelően az érintett személy védelme érdekében hozott intézkedés nem vezethet automatikusan a jogi cselekvőképesség megvonásához. Ugyanakkor a cselekvőképesség korlátozására a jogszabályoknak lehetőséget kell

adni azokban az esetekben, amikor az érintett személy védelme érdekében ez feltétlenül szükséges.”

A német jog a fenti problémának az áthidalására olyan megoldást alkalmazott, amely a hagyományos jogi dogmatikán nevelkedett jogásznak első hallásra szinte eretneknek hangzik. A BGB reformjának alap gondolata az volt, hogy „a cselekvőképességnek és a gondokság jogintézményének alapvetően nincs köze egymáshoz”⁵, így ennek megfelelően a két jogintézményt tudatosan szétválasztották: a gondokság alá helyezés önmagában nem érinti a gondokolt cselekvőképességét (sem a végrendelkezési képességét). Az alapelv szerint a gondnokoltat a gondokság alá helyezés csak annyira korlátozza jogainak gyakorlásában, amennyire – állapotának függvényében – feltétlenül szükséges. A cselekvőképtelenség – korlátozott cselekvőképesség – cselekvőképesség triá-

szja ugyan megmaradt, de sokkal korlátozottabb körben, mint 1992 előtt. A cselekvőképtelenségnek két esete van: az életkor miatti cselekvőképtelenség (BGB 104. § 1.; ennek felső életkori határa hét év, ami lényegesen alacsonyabb, mint a magyar szabályozásban), és az úgynevezett természetes cselekvőképtelenség (BGB 104. § 2.), amely lényegében a magyar

jogban a gondokság alá helyezés nélküli cselekvőképtelenség jogintézményének (Ptk. 17. §) felel meg. A cselekvőképtelen személy minden jognyilatkozata semmis, a mindennapi életben tömegesen előforduló kisebb jelentőségű szerződéseket sem kötheti meg. Ugyanakkor a korlátozott cselekvőképességnek a magyar szabályozáshoz nagyon hasonló, korábbról megtartott szabályai alapvetően csak a 7-18 év közöttiekre vonatkoznak, a gondokság alá helyezés nem eredményezi azt, hogy a gondokolt automatikusan olyan jogi helyzetbe kerül, mint a 7 és 18 év közötti kiskorú.

A bíróság, ha gondnokot rendel, részletesen meghatározza annak feladatkörét⁶. Lehetséges, hogy csak kis számú ügylet tekintetében van feladata (és egyben képviseleti joga) a gondoknak, de elképzelhető, hogy ez szinte az élet minden területére kiterjed (tartózkodási hely meghatározása, a gondnokolt vagyonáról való gondoskodás, az orvosi kezelésekkel kapcsolatosan meghozandó döntések, hatóságok előtti képviselet stb.). Azonban önmagában az, hogy valamely jognyilatkozat tekintetében a törvényes képviselő jognyilatkozatát is előírja a bíróság, nem jelenti automatikusan azt is, hogy ezeket a jognyilatkozatokat a gondokolt ne tehetné meg önállóan

is. Ugyanis ha a gondokolt az adott jognyilatkozat megtételének pillanatában éppen cselekvőképes, akkor önállóan teheti meg azt a jognyilatkozatot is, amelynek tekintetében a bíróság a törvényes képviselő hozzájárulását írta elő. Azt pedig, hogy a gondokolt cselekvőképes volt-e az adott időpillanatban, jogvita kapcsán a bíróság utólag vizsgálja meg. Amennyiben a bíróság megítélése szerint a gondokolt alá helyezéssel együtt a gondnokolat korlátozni kell egyes jognyilatkozatok megtételében, akkor ezt úgy teheti meg, hogy az ítéletben pontosan részletezi, hogy melyek azok a jognyilatkozatok, amelyekhez a törvényes képviselő hozzájárulása szükséges (Einwilligungsvorbehalt). Ezzel a megoldással a jogalkotó a rugalmasság és az alapvető jogok korlátozásának arányossága érdekében tudatosan lemondott arról a nagyobb jogbiztonságot eredményező megoldásról, amit a cselekvőképtelenség vagy korlátozottan cselekvőképesség bíróság általi konstitutív hatályú kimondása jelentett volna. E választás mellett szóló pragmatikus érv szerint a pszichés állapot zavara a nagyon súlyos esetekben (súlyos fokú gyengeelméjűség, előrehaladott leépülés) annyira egyértelmű, hogy a forgalom biztonságát nem veszélyezteti a konstitutív hatályú bírói ítélet hiánya. Ugyanakkor a gyakorlatban meglehetősen sok vitát váltott ki ez a megoldás, elsősorban azért, mert nagyon megnehezíti a jogalkalmazást, főleg a gondnok számára, hiszen az ő feladata – sokszor utólag – megítélni azt, hogy a gondokolt tehetett-e önállóan jognyilatkozatot.

Az egészségügyi törvény rendelkezései

A hatályos egészségügyi jogban a cselekvőképesség fogalma kiemelt szerepet tölt be. Az egészségügyi törvény igen részletesen rögzíti a betegeket az ellátás során megillető alapvető jogokat. Ennek része az önrendelkezéshez való jog biztosítása, amelynek lényege, hogy a beteg a gyógykezelésével kapcsolatos kérdésekben maga hozhat döntéseket, így – bizonyos keretek között – maga döntheti el, hogy igénybe veszi-e a részére felkínált gyógykezelést vagy visszautasítja azt. Ezt a jogot a törvény cselekvőképes beteg esetében csupán az életfenntartó, életmentő kezelések esetében köti materiális feltételhez, amikor kimondja, hogy ezt az ellátást csak a gyógyíthatatlan, súlyos betegségben szenvedő beteg utasíthatja vissza [20. § (3) bekezdés]. Azoknál a beavatkozásoknál, amelyek elmaradása a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó kárt okoz, a törvény csak formai feltételt állít: az egyszerű írásbeliség helyett minősített okirathoz köti a beteg jognyilatkozatát [20. § (2) bekezdés].

Az önrendelkezéshez való jog kétségkívül az egyik legfontosabb betegjog, hiszen olyan döntések meghozataláról van szó, amelyek az érintett életét, egészségét alapvetően befolyásolják. Egy csonkoló műtétbe történő beleegyezés vagy éppen annak visszautasítása az egyén élete során hozott legnagyobb horderejű döntések közé tartozik, tehát nagyon fontos annak rögzítése, hogy a műtét elvégzése az egészségügyi szolgáltató részéről mikor jogszerű. A beleegyezés nélkül vagy érvénytelen beleegyezés (például: nem az arra jogosult személy nyilatkozata) alapján végzett beavatkozás számos jogkövetkezményt vonhat maga után, ezek közül talán a legfontosabb, hogy a szolgáltató kártérítési felelőssége ilyen esetben akkor is fennáll, ha a beavatkozást egyébként a szakma szabályai szerint végezték el⁷.

Az egészségügyi törvény a gyógykezelésbe történő beleegyezés illetve visszautasítás jogát azonban *kiszórálag a cselekvőképes beteg számára* biztosítja. A korlátozottan cselekvőképes és a cselekvőképtelen beteg egészségügyi jogi szempontból jognyilatkozat-tételi képességgel nem rendelkezik, helyette törvényes képviselője, ennek hiányában a törvény által megjelölt sorrendben hozzátartozói jogosultak [16. § (2) bekezdés] A törvényes képviselő illetve a hozzátartozó beleegyezési jogát a törvény több szempontból jelentősen korlátozza.

a) Először is, csak az invazívnak minősülő kezelések esetében kell a beleegyezést beszerezni, a nem invazív beavatkozás a törvényes képviselő vagy a hozzátartozó beleegyezésének beszerzése nélkül is elvégezhető [16. § (4) bekezdés]. Az invazív beavatkozás fogalmának meghatározása rendkívül nehéz feladat, az egészségügyi törvény által adott definíció [3. § m) pont] nagyon tág teret ad a mérlegelésnek. Mivel a definíció szerint csak a fizikai beavatkozás minősül invazívnak, például a szájon át adott gyógyszeres kezeléshez sem a nem cselekvőképes érintett, sem törvényes képviselőjének hozzájárulása nem szükséges, bármilyen súlyos mellékhatásokkal is járhat az. Ugyanakkor viszont egy egyszerű körömlévtelbe vagy fogászati beavatkozásba a korlátozottan cselekvőképes 17 éves önállóan nem egyezhet bele. (3. § m) pont: *invazív beavatkozás: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.*)

b) A másik fontos korlátozás, hogy a törvényes képviselő vagy a hozzátartozó által hozott döntés a beavatkozásokkal felmerülő kockázatoktól eltekintve *nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát* [16. § (4) bekezdés]. Ez az általános megfogalmazás lényegében csak azokra az esetekre szűkíti le a törvényes

képviselő (hozzátartozó) beleegyezési lehetőségét, amikor két, szakmai szempontból azonos értékű, közel azonos kockázattal járó beavatkozás között kell választani, vagy amikor a beavatkozást végző egészségügyi szolgáltató megválasztásáról kell dönteni.

c) A törvényes képviselő vagy a hozzátartozó nem utasíthat vissza olyan beavatkozást sem, amelynek elmaradása a beteg egészségi állapotában *súlyos vagy maradandó károsodást eredményezne* [21. § (1) bekezdés].

d) Ha a törvényes képviselő vagy a hozzátartozó *életmentő, életfenntartó kezelést* utasít vissza, akkor az egészségügyi szolgáltatónak keresetet kell indítania a nyilatkozat bírósági pótlása iránt, de a bíróság határozathozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére [21. § (2) bekezdés]. Ez a rendelkezés lényegében azt jelenti, hogy életmentő kezelés visszautasítására nem cselekvőképes beteg esetében is lehetőség van, ha ehhez a bíróság hozzájárul. Több aggály is megfogalmazható azonban a törvény ezen rendelkezésével kapcsolatban. Először is, nem rendezett, hogy a bíróság milyen körülményeket mérlegel, amikor meghozza a döntését. Vajon azt vizsgálja-e, hogy az életfenntartó kezelésnek a 20. § (3) bekezdésében foglalt feltételei fennállnak-e, vagy ezen túlmenően mérlegelhet-e egyéb körülményeket is? Köteles-e a bíróság a beleegyezés pótlását megtagadni, ha a 20. § (3) bekezdésben foglalt feltételek fennállnak? Ha igen, akkor vajon mi indokolja, hogy cselekvőképesnek tekintett beteg esetében orvosokból álló bizottság dönt, nem cselekvőképes beteg esetében bíróság? A második aggály a bekezdés utolsó mondatára vonatkozik. Eszerint közvetlen életveszély esetében a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség. Ennek a mondatnak a viszonya a bekezdés előtte levő részéhez rendkívül nehezen értelmezhető, és nagyfokú jogbizonytalanságot eredményez, hiszen lényegében megkérdőjelezi az egész bírósági eljárás értelmét. Ugyanis ha eltekintünk ettől az utolsó mondatától, akkor közvetlen életveszély esetén (például amikor arról kell dönteni, hogy lélegeztető gépre kell-e kapcsolni a beteget), az egészségügyi szolgáltató által követendő eljárás az volna, hogy megindítja a bírósági eljárást, és addig is, amíg az le nem zárul, lélegezteti a beteget. Ha azonban ezt az utolsó mondatot materiális feltételnek tekintjük, vagyis hogy közvetlen életve-

szély esetén mindenképpen el kell látni a beteget, akkor ez lényegében teljesen beszűkíti a kezelés visszautasításának lehetőségét, hiszen ilyen esetben a szolgáltató nem is indíthatja meg a bírósági eljárást. Márpedig a legtöbb súlyos állapotú betegnél előbb-utóbb elkövetkezik az a pillanat, amikor közvetlen életveszély áll fenn, és ekkor kell dönteni az életfenntartó, életmentő kezeléstről.

Összefoglalva: a hatályos egészségügyi törvény alapján a gyógykezelést érintő döntések meghozatala során a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképes beteg semmiféle jognyilatkozatot nem tehet, függetlenül attól, hogy életkora miatt nem cselekvőké-

pes vagy gondnokság alatt áll, vagy állapota miatt gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelennek tekintendő. Helyette törvényes képviselője, ennek hiányában hozzátartozója dönt, azonban ez a döntési jog meglehetősen korlátozott.

A törvényes képviselő jognyilatkozatára vonatkozó szabályozás a *hatályos Ptk.-val teljes mértékben összhangban van*. A cselekvőképtelen személy esetében meglehetősen egyszerű a szabály, hiszen az ő jognyilatko-

zata semmis, helyette törvényes képviselője jár el, ez alól csak a csekély jelentőségű, tömegesen előforduló, különösebb megfontolást nem igénylő szerződések megkötése a kivétel [Ptk. 18. §]. A cselekvőképtelenség felső életkori határa (14 év), valamint a cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezés materiális feltétele (az ügyei viteléhez szükséges belátási képesség állandó jellegű és teljes hiánya) alapján nehezen is lenne elképzelhető, hogy az egészségügyi döntések meghozatalában a cselekvőképtelen önállóan vagy törvényes képviselőjével együtt döntsön. A cselekvőképtelen személyekkel kapcsolatban – egészségügyi jogi szempontból – az igazi problémát nem is az jelenti, aki életkora miatt, vagy bírósági döntés alapján cselekvőképtelen, hanem az, aki olyan állapotban van, hogy az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik, és így gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelennek kell tekinteni [Ptk. 17. §]. A hatályos szabályozás szerint ugyanis az ilyen beteg mindaddig cselekvőképesnek tekintendő, amíg az ügyei viteléhez szükséges belátási képességét teljesen el nem veszti⁸. Ha állapota egy gondnokság alá helyezési eljárásban cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezést tenne indokolttá, őt cselekvőképesnek kell tekinteni a gyógykezelésébe történő beleegyezés vonatkozásában is,

pedig elképzelhető, hogy korlátozott belátási képessége képtelenné teszi arra, hogy a gyógykezelés lényegét megértse.

A korlátozottan cselekvőképese személy esetében a hatályos szabályozás szerint a törvényes képviselő a legtöbb esetben önállóan is tehet jognyilatkozatot, a törvény ez alól csak nagyon szűk körben tesz kivételt. Mivel a gyógykezelésbe történő beleegyezés esetében az egészségügyi törvény nem kívánja meg a korlátozottan cselekvőképese személy saját nyilatkozatát, így bár az érintett is tehet jognyilatkozatot törvényes képviselőjének beleegyezésével vagy utólagos hozzájárulásával, de azt törvényes képviselője önállóan is megteheti.

Ez a szabályozás természetesen azt is jelenti, hogy a tizenhat éves fiatal felnőtt beleegyezése nem szükséges ahhoz, hogy őt megműtsék, sőt tiltakozása ellenére is végre lehet hajtani az operációt, ha törvényes képviselője beleegyezik, az ő jognyilatkozatának gyakorlatilag semmi relevanciája nincs.⁹

Mindemellett megemlítenéd még, hogy a nem cselekvőképese beteg azon hozzátartozóit, akik nem törvényes képviselői a betegnek (például: a beteget állapota miatt gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelenné kell tekinteni) aggályos a törvényes képviselővel azonos jogosítványokkal felruházni, hiszen itt a képviselői jog csak vélelmen alapul. A családtagoknak sokszor ellentétes lehet az érdeke a betegével, így ezekben az esetekben megfontolandó lehet csak egy bizottsági vagy bírósági ellenőrzés melletti döntést megengedni.

A VÁLTOZTATÁS LEHETSÉGES IRÁNYAI

A Polgári törvénykönyvben

A Ptk. szabályozásának koncepciója a német mintát vette alapul: elsődlegesnek tekintette, hogy a cselekvőképességet korlátozó gondnokság tekintetében egyénre szabottan, rugalmasan, csak a szükséges mértékre korlátozottan kerüljön meghatározásra, mely jognyilatkozatokat teheti meg a gondnoktól önállóan, és melyeket csak törvényes képviselője közreműködésével. A tervezet szerint a bíróságnak ítéletében azt kell meghatároznia, hogy melyek azok az ügycsoportok, amelyekben a gondnoktól önállóan tehet jognyilatkozatot, és melyek azok, amelyek csak gondnoka beleegyezésére illetve utólagos jóváhagyásával érvényesek. Ez a megoldás éppen a fordítottja annak, amit a BGB alkalmaz, hiszen ott a bíróságnak azt kell meghatároznia, ahol a gondnok jóváhagyása szükséges, az összes többi, az ítéletben nem említett terület

vonatkozásában a gondnokolt cselekvőképessége fennmarad. A jogbiztonságot minden bizonnyal jobban szolgálja a Ptk. előkészítői által alkalmazott megoldás, hiszen így azoknak az ügycsoportoknak a vonatkozásában, amelyekre a bíróság esetleg nem gondolt az ítélet meghozatalakor, korlátozottan cselekvőképesenek kell tekinteni a gondnokoltat, egészen addig, ameddig az ítélet ebből a szempontból felülvizsgálatra kerül. A tervezet a jogalkalmazást segítőként egy példalózó felsorolást is tartalmaz, hogy melyek azok a jellemző ügycsoportok, ahol a bíróság fenntarthatja a gondnokolt cselekvőképességét. A törvény módosítás hatályba lépését megelőzően hozott, cselekvőképességet korlátozó ítéleteket is felül kell majd vizsgálni ebből a szempontból.

A tervezet rugalmasabb szabályozást kíván létrehozni a cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezett személy és a törvényes képviselő nyilatkozattételi jogosultságát illetően is. A cél az, hogy a korlátozottan cselekvőképese személy és gondnoka valóban *együtt* döntsön, és ne a törvényes képviselő önálló nyilatkozattétele legyen a főszabály. Eszerint a korlátozottan cselekvőképese személy jognyilatkozata a gondnok beleegyezésével vagy utólagos jóváhagyásával érvényes, és csak kivételesen van arra lehetőség, hogy a gondnok egyedül tegyen jognyilatkozatot. Ha a gondnok és a gondnokolt nyilatkozata eltér egymástól, akkor a gyámhatóság dönt. A főszabály alóli kivételek közé tartozik, ha a gondnokolt és a gondnok között megállapodás jön létre arra vonatkozóan, hogy – általános jelleggel – a gondnok jár el a gondnokolt helyett. Ez a megállapodás csak közokirat formájában érvényes. Természetesen azok a jognyilatkozatok, amelyeket a hatályos jog szerint (és az életkoruk miatt korlátozottan cselekvőképese esetében a tervezet szerint is) a korlátozottan cselekvőképese személy önállóan is megtehet [14. § (2) bekezdés], nem vonhatók ebbe a körbe, hiszen különben a cselekvőképesség szerződéssel történő korlátozásáról lenne szó, ami érvénytelen [11. § (3) bekezdés]. Ugyancsak a kivételek közé tartozik, amikor azonnali intézkedésre van szükség, és nincs idő arra, hogy a gondnokolt jognyilatkozatát beszerezzék, vagy hogy az egymástól eltérő nyilatkozatok miatt a gyámhatósági eljárást lefolytassák. Ilyenkor megállapodás hiányában is a gondnok teheti meg a jognyilatkozatot. A harmadik kivétel, amikor más törvény jogosítja fel a gondnokot a jognyilatkozat tételére. A hatályos egészségügyi törvény rendelkezései, amelyek a – korlátozott – döntési jogot a gondnok kezébe adják, a tervezet szerint tehát hatályban maradhatnak, amíg az átfogó felülvizsgálat nem rendezti ezt a kérdést.

Az egészségügyi jog szempontjából alapvető jelentőségű – és dogmatikailag nem könnyen kezelhető kérdés – a gyógykezelésbe történő beleegyezés jogi természetete, pedig a jognyilatkozatot tevő személy cselekvőképessége (beleegyezési képessége?) is csak ezzel összefüggésben értelmezhető.

Ha a gyógykezelésbe történő beleegyezést úgy tekintjük, mint egy – az orvos (illetve a kórház) és a beteg közötti – szerződés megkötésére irányuló jognyilatkozatot, akkor a Ptk. általános szabályai határozzák meg, hogy ezt ki teheti meg érvényesen, és természetesen a cselekvőképesség általános mércéjéhez kell igazodni, pontosan úgy, mint a vagyoni jogi jognyilatkozatok tekintetében. Ebben az esetben is számos ponton javítható a hatályos szabályozás, különösen a korlátozottan cselekvőképesek esetében.

Elképzelhető, hogy a törvény – hasonlóan a hatályos magzatvédelmi törvény előírásához – bizonyos beavatkozások esetén a korlátozottan cselekvőképes személy és a törvényes képviselő együttdöntését kívánja meg. Ha a két nyilatkozat ellentétes egymással, akkor a konfliktus feloldására több lehetőség kínálkozik. Elképzelhető olyan megoldás, hogy a beavatkozást nem lehet elvégezni akkor, ha az érintett ez ellen tiltakozik (ez például a művi meddővétel kapcsán merülhet fel). Lehetséges az is, hogy az ellentétes jognyilatkozatok esetében – természetesen amennyiben erre elegendő idő áll rendelkezésre – a gyámhatóság dönt, vagy esetleg egy, az egészségügyi szolgáltatónál kifejezetten erre a célra létrehozott bizottság vagy pedig bíróság. A hatályos egészségügyi törvényben mind a bizottsági (életfenntartó kezelés visszautasítása cselekvőképes személy által), mind a bírósági (életfenntartó kezelés visszautasítása a törvényes képviselő által) döntéshozatalra találunk példát, így ennek kiterjesztése esetleg megfontolandó lehet.

Létezik azonban egy másik megközelítési lehetőség is. A német dogmatika egyértelműen arra az álláspontra helyezkedik, hogy az orvos és a beteg között létrejövő jogviszonyban *nem a szerződéskötés dominál, hanem a gyógykezelésbe történő beleegyezés során a beteg a személyhez fűződő jogai megsértésébe, a károkozásba egyezik bele*. A legtöbb orvosi beavatkozás a testi épség vagy az egészség megsértésével jár, amelyet – a büntetőjogi védelem mellett – megillet a polgári jogi védelem is, kivéve, ha a károkozáshoz a jogosult hozzájárulását adta, feltéve, hogy ez társadalmi érdeket nem sért vagy veszélyeztet. Az alapvető kérdés az,

hogy vajon a jogosult cselekvőképességéhez kötött-e az, hogy hozzájárulását adja a jogsértéshez, vagy esetleg itt a cselekvőképességtől eltérő fogalom alkalmazására van szükség (hasonlóan ahhoz, ahogy a magyar jog élesen különböztet a vétőképesség és a cselekvőképesség között). A magyar jog a károkozásba történő beleegyezést a cselekvőképességhez kapcsolja, azonban a német jog különbséget tesz a jogsértés tárgya szerint.¹⁰ Ha vagyoni jogok (például a tulajdonhoz való jog) megsértéséről van szó, akkor a cselekvőképesség a mérce, tehát csak a cselekvőképes személy egyezhet bele a károkozásba. A személyiségi jogok vonatkozásában történő jogsértés esetében a német joggyakorlat (1958 óta) azonban eltérő mércét alkalmaz: a beleegyezéshez nem cselekvőképességre van szükség, hanem az úgynevezett természetes belátási képességre¹¹. Eszerint szükséges és egyben elégséges feltétel a kielégítő

belátási képesség megléte, amely olyan ésszerű, értelmi és erkölcsi érettséget feltételez, ami lehetővé teszi, hogy az érintett a beavatkozás jelentőségét és horderejét felismerje, továbbá olyan ítélőképességet is, amely ahhoz szükséges, hogy az érveket és ellenérveket mérlegelje, és hogy ennek megfelelően cselekedjék. Bár a joggyakorlatban a cselekvőképesség és a beleegyezési képesség az esetek többségében fedi egymást (aki teljesen cselekvőképes, az rendszerint a beavatkozás következményeit is fel tudja mérni), mégis élesen megkülönböztetik a két fogalmat egymástól. A belátási képesség két ponton különbözik a cselekvőképességtől: a beleegyezési képesség a személy szubjektív, egyéni érettségi fokát veszi alapul, míg a cselekvőképességnél a törvényi szabály (például az életkor) a meghatározó, másrészt a beleegyezési képesség – ellentétben a cselekvőképességgel – mindig egy adott, konkrét jogügylet vonatkozásában vizsgálható.

Ha tehát a jogalkotó nem cselekvőképességhez, hanem egy ettől eltérő, kellően körülírt fogalomhoz (beleegyezési képességhez) kötné az önálló jognyilatkozatot tételei képességet, sokkal rugalmasabb szabályozást lehetne létrehozni. Ilyen esetben ugyanis egyedileg vizsgálható, hogy a beteg az adott beavatkozás lényegét, annak következményeit megérti-e, képes-e a megfelelő akaratképzésre és ennek kinyilvánítására. Ebben a szabályozási modellben elképzelhető, hogy a kiskorú (például egy érett, munkaviszonyban álló tizenöt éves) vagy a gondnokság alá helyezett személy képes maga dönteni arról, hogy aláveti-e magát egy kisebb műtéti beavatkozásnak,

és nem kell kikérni a törvényes képviselő hozzájárulását. Természetesen, ha hiányzik a beteg belátási képessége, akkor megint a helyettesített döntéshozatalt kell alkalmazni, annak a fentiekben már tárgyalt problémáival együtt (bírósi, bizottsági döntés stb.). Ez a megoldás egyértelműbbé tehetné azt a helyzetet is, amikor nagykorú, gondnokság alatt nem álló beteg beleegyezéséről van szó.

Az Európa Tanács ajánlása is kiemelten kezeli ezt a kérdést. Alapelvként leszögezi, hogy az orvosi gyógykezelésre csak az érintett tájékozott beleegyezésével kerülhet sor. Az ajánlás egyértelműen a beleegyezési képességhez köti a beleegyezés érvényességét, és nem a cselekvőképességhez (22. alapelv). Az ajánlás hangsúlyozza a testületek szerepét a döntéshozatallal kapcsolatban, különösen akkor, amikor a beleegyezési képességgel nem rendelkező nagykorúról van szó, akinek nincs törvényes képviselője. Az ajánlás szintén megfontolásra javasolja, hogy egyes, nagyobb jelentőségű beavatkozások elvégzéséhez bíróság vagy más hatóság hozzájárulása legyen szükséges.

JEGYZETEK

1. Lásd például az állampolgári jogok országgyűlési biztosának A betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesítése a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és pszichiátriai otthonokban címmel, 1996. március–áprilisban folytatott vizsgálatát, amelynek eredményeként az ombudsman kezdeményezte a népjóléti miniszternél és az

- igazságügy-miniszternél a gondnokságra és a gyámhatósági eljárásra vonatkozó jogszabályok átfogó felülvizsgálatát.
2. Kees Blankman: Guardianship Models in the Netherlands and Western Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*. vol. 20. no.1. 57. o.
 3. Recommendation No. R (99) 4 of the Committee of Ministers to Member States on Principles Concerning the Legal Protection of Incapable Adults. (1999. február 26.) [Az ajánlás magyar fordítását lásd e számunk Döntés után rovatában.(a szerk.)]
 4. Kivételt fogalmaz meg a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 93. § (2) bekezdése, amely szerint a szociális intézeti elhelyezés esetében együttdöntés szükséges.
 5. G. Müller: *Betreuung und Geschäftsfähigkeit*. Bielefeld 1998. Einleitung.
 6. Ennek lehetséges területeire lásd például: S. Sonnenfeld.: *Betreuungs- und Pflegschaftsrecht*. Bielefeld. 1996. 26–32.o., A. Jürgens: *Betreuungsrecht*. München, 1995. 236–240. o.
 7. Lásd részletesen D. Giesen: *International Medical Malpractice Law*. Tübingen, Mohr, 1988. 321–326. o.
 8. Ez vagyoni jogi ügyleteknél is meglehetősen problémás lehet, lásd: BH. 1987. 396.; BH. 1981. 496.
 9. Az egészségügyi beavatkozások közül ez alól csak a magzatelhajtás a kivétel. A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény szerint sem az érintett, sem a törvényes képviselő nyilatkozata nélkül nem végezhető el a beavatkozás.
 10. Lásd G. Müller: i.m. 222–226. o.
 11. BGH 1958. 12. 5-i ítélete, idézi például G. Müller: i.m. 223–224. o.